

# 問診票

氏名： \_\_\_\_\_

受診日： \_\_\_\_\_

下記の質問にお答え下さい。

1. 本日はどうされましたか？

- 痛み      かゆみ      充血      目やに      異物感      乾燥感  
疲れ目      かすみ      涙目      ぼやける      視力低下      腫れている  
糸の様な物が見える      物が二重に見える      物がゆがんで見える  
その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

2. いつ頃からですか？ (症状のある方のみ)

- 今日      昨日      2～3日前      1週間前      その他 ( \_\_\_\_\_ ) 前から

3. どちらの眼ですか？

- 右眼      左眼      両眼

4. 今までに、眼の病気にかかったことはありますか？

いいえ

- 緑内障      白内障      網膜剥離

その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 今までに、眼以外で病気にかかったことはありますか？

いいえ

- 糖尿病      高血圧症      高脂血症

心臓病      腎臓病      アトピー

喘息      花粉症      鼻炎

その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在、使用しているお薬がある場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

7. 今までに、お薬や食べ物でアレルギー症状(発疹・気分不快など)を起こしたことがありますか？

薬のアレルギー

いいえ      はい      薬剤名： \_\_\_\_\_      症状： \_\_\_\_\_

食べ物のアレルギー

いいえ      はい      食べ物名： \_\_\_\_\_      症状： \_\_\_\_\_

8. 本日のご来院方法は？

- 車      バイク      自転車      電車      徒歩      その他

9. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか？

授乳中ですか？

いいえ      はい      可能性あり      いいえ      はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。

川間南口眼科医院